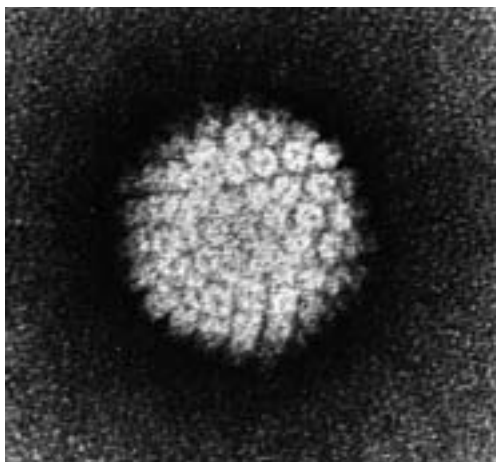


Centers for Disease Control:

HPV-Impfung auch für Knaben



Humanes Papillomavirus (HPV), Aufnahme mit dem Elektronenmikroskop (Laboratory of Tumor Virus Biology)

Das Advisory Committee on Immunization Practices der US-amerikanischen Centers for Disease Control (CDC) hat einen Entwurf für neue

Empfehlungen genehmigt, der eine Routineimpfung mit der quadrivalenten Vakzine (Gardasil®) gegen das humane Papillomavirus (HPV) aller 11- bis 12-jährigen Knaben vorsieht. Gleichzeitig empfiehlt die Kommission auch, dass Knaben und junge Männer zwischen 13 und 21 Jahren geimpft werden sollen, falls sie eine vorherige Vakzination verpasst haben. Sollte diese Empfehlung durchkommen, würde sie auf einen Schlag die Zahl der Kinder, denen drei Dosen des Impfstoffs verabreicht werden sollen, verdoppeln. In den USA wird bisher die HPV-Impfung für alle Mädchen zwischen 11 und 12 Jahren empfohlen. Neben dem direkten Nutzen für Knaben, der in der Verhinderung von späteren Genitalwarzen und Analkarzinomen liegt, setzt die Kommission offenbar auch auf eine Reduktion der Virusübertragung von Männern auf Frauen. Dies erachtet sie

als kosteneffektiv, da in den USA die Durchimpftrate bei Mädchen enttäuschend tief ist. Nach Auskunft von Anne Schuchat, Direktorin am National Center for Immunization and Respiratory Diseases der CDC sprach auch die «verblüffende» Wirksamkeit der Vakzine bei der Prävention von hochgradigen analen intraepithelialen Neoplasien als Vorstufen für Analkarzinome in neueren Studien für die Impfempfehlung. Zudem seien auch die erweiterten Sicherheitsdaten aus der Verabreichung von rund 40 Millionen Impfdosen bis Mitte September 2011 beruhigend.

In der Schweiz sehen die gültigen Empfehlungen bis anhin unverändert keine Impfung von Knaben vor. **HB**❖

Quelle: www.medpagetoday.com/InfectiousDisease/Vaccines/29260

Antihypertensiva in der Schwangerschaft:

Entwarnung für ACE-Hemmer

Die Behandlung einer Hypertonie während der Schwangerschaft stellt besondere Herausforderungen bei der Medikamentenwahl. Für ACE-Hemmer sind unerwünschte Medikamentenwirkungen in späteren Schwangerschaftsstadien bekannt (weshalb die Fachinformation Gravidität auch als Kontraindikation nennt). Da Schwangerschaften nicht immer geplant eintreten, kann es unter ACE-Hemmer-Therapie bei Frauen im gebärfähigen Alter zu einer ungewollten Exposition des Feten kommen. Eine frühere Publikation, die eine erhöhte Rate von neuralen und kardialen Missbildungen beschrieb, hatte hier für Beunruhigung gesorgt. Nun ist eine retrospektive Kohortenstudie anhand der Daten von Patientinnen in einer grossen Datenbank dieser Frage nachgegangen. Die Analyse stützt sich auf 465 754 Schwangere und ihre Nachkommen und kommt

zum Schluss, dass der mütterliche Gebrauch von ACE-Hemmern während des ersten Schwangerschaftsdrittels ein Risikoprofil aufweist, das demjenigen anderer Antihypertensiva hinsichtlich Missbildungen bei lebend geborenen Feten ähnlich ist. Nach Berücksichtigung von mütterlichem Alter, ethnischen Hintergrund, Geburtlichkeit und Übergewicht erschien der Einsatz von ACE-Hemmern während des ersten Schwangerschaftsdrittels nur mit einem erhöhten Risiko für kongenitale Herzdefekte (Odds Ratio 1,54; 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,90–2,62) assoziiert, wenn mit «normalen» Kontrollen (also Schwangere ohne Hypertonie und ohne jegliche Antihypertensiva) verglichen wurde. Eine ähnliche Assoziation wurde aber auch für andere Antihypertensiva beim Vergleich mit Kontrollen gefunden (Odds Ratio für kongenitale Herzdefekte 1,52; 95%-KI

1,04–2,21). Beim Vergleich mit hypertensiven Schwangeren, die keine medikamentöse blutdrucksenkende Behandlung erhielten, waren hingegen weder ACE-Hemmer (Odds Ratio 1,14; 95%-KI 0,65–1,98) noch andere Antihypertensiva (Odds Ratio 1,12; 95%-KI 0,76–1,64) mit einem erhöhten Risiko für kongenitale kardiale Missbildungen assoziiert. Die Autorinnen und Autoren kommen daher zum Schluss: «Das anscheinend erhöhte Missbildungsrisiko im Zusammenhang mit dem Einsatz von ACE-Hemmern (und anderen Antihypertensiva) während des ersten Schwangerschaftsdrittels ist wahrscheinlich auf die zugrunde liegende Hypertonie und nicht auf die Medikamente zurückzuführen.» **HB**❖

BMJ 2011; 343:d5931 doi: 10.1136/bmj.d5931.

Bisphosphonat enttäuscht in randomisierter kontrollierter Studie:

Zoledronsäure verbessert Überleben bei Brustkrebs nicht

Bei der Metastasierung können Krebszellen im Knochen Osteoblasten zur Freisetzung des Osteoklastenstimulators RANKL anregen, die ihrerseits Wachstumsfaktoren fördern, die dann ein dem Überleben und Wachstum der Krebszellen förderliches Gewebeklima schaffen. In vielen In-vivo-Modellen können Bisphosphonate die Metastasierung verhüten oder verzögern. Zudem gibt es in präklinischen Modellen synergistische Wechselwirkungen zwischen Aminobisphosphonaten und zytotoxischen Wirkstoffen. Auch mehrere klinische Studien mit Patientinnen in frühen Brustkrebsstadien zeigten geringere Rezidiv- und Todesraten. Soweit die Theorie und die Hoffnung, die soeben veröffentlichte AZURE-Studie gab diesen Erwartungen einen argen Dämpfer. In der offenen Studie erhielten 3360 Brustkrebspatientinnen randomisiert eine adjuvante systemische Standardtherapie mit oder ohne Zoledronsäure (Zometa®). Die Zole-

dronsäure wurde in 6 Dosen alle 3 bis 4 Wochen verabreicht, danach alle 3 bis 6 Monate bis zum Ende einer 5-jährigen Therapiezeit. Nach einem medianen Follow-up von 59 Monaten bestand zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des krankheitsfreien Überlebens. Erkrankungsrezidive oder Todesfälle traten bei 377 Patientinnen in der Zoledronsäure- und bei 375 in der Kontrollgruppe auf. Auch die Gesamtüberlebensraten waren vergleichbar. In der Zoledronsäuregruppe gab es hingegen 17 bestätigte und 9 vermutete Fälle von Kieferosteonekrosen (bei den Kontrollen gab es keinen einzigen Fall). Die übrigen Nebenwirkungen waren wiederum ähnlich. Schlussfolgerung: «Diese Resultate unterstützen den Routineeinsatz von Zoledronsäure beim adjuvanten Management von Brustkrebs nicht.» **HB**❖

Robert E. Cleman et al. for the AZURE-Investigation, NEJM 2011; 365: 1396-1405.

Nationalratswahlen

Auch 1911 wurde ein neuer Nationalrat in der Schweiz gewählt. Bei der Nationalratswahl am 29. Oktober sowie bei den Nachwahlen am 5. und 12. November 1911 gehörten Freisinn, Sozialdemokraten und die Katholisch-Konservativen zu den Gewinnern. Nach den Wahlen 1911 zählte der Nationalrat 189 Sitze, das waren 22 Sitze mehr als zuvor. Die Sozialdemokraten zogen mit 17 statt wie zuvor 7 Abgeordneten ins Parlament ein, die Katholisch-Konservativen gewannen 4 und der Freisinn 9 zusätzliche Mandate. Der Freisinn hatte mit 114 Sitzen die absolute Mehrheit im Parlament. Die Demokraten bekamen 5, die Liberale Mitte 13 und die Katholisch-Konservativen 38 Sitze. Parteilos waren 2 der neu gewählten Nationalräte.



Wahlkampfthemen waren 1911 vor allem die hohen Fleischpreise sowie die Frage, ob der Nationalrat weiterhin nach dem Mehrheitswahlrecht oder dem Verhältniswahlrecht bestimmt werden sollte. Während der Freisinn strikt gegen die Einführung des Verhältniswahlrechts war, sprachen sich Sozialdemokraten und Katholisch-Konservative dafür aus.

Sitzverteilung im Nationalrat 1911:

Freisinn	60,3%	114 Sitze (+9)
Katholisch-Konservative	20,1%	38 Sitze (+4)
Sozialdemokraten	9,0%	17 Sitze (+10)
Liberale Mitte	6,9%	13 Sitze (-3)
Demokraten	2,6%	5 Sitze (±0)
Sonstige	1,1%	2 Sitze (+2)

Ende der zweiten Marokkokrise

Am 4. November 1911 verzichtete das Deutsche Reich im Marokko-Kongo-Vertrag auf seine Ansprüche in Marokko und erhielt dafür einen Teil der französischen Kolonie Französisch-Äquatorialafrika. Begonnen hatte die Krise vier Monate zuvor mit dem Einmarsch französischer Truppen in Marokko und der Entsendung eines deutschen Kanonenboots nach Agadir.

Geboren im November 1911



Der am 1. November 1911 in München geborene Bergsteiger Otto Eidschink (1911-2004) leitete nach 1945 die Münchener Bergsteigerschule und verfasste ein Standardwerk über das Bergsteigen. 1937 gelang ihm gemeinsam mit Ernst Moeller die Erstdurchsteigung der Eiger-Südoestwand.

RBO❖

Mit Adjuvans MF59:

Influenzaimpfstoff auch für Kinder?

Kinder erkranken besonders häufig an Influenza und spielen daher auch eine wichtige Rolle bei der Verbreitung dieser Erkrankung in der Allgemeinbevölkerung. Leider ist die trivalente Influenzavakzine (TIV) bei kleinen Kindern nur wenig immunogen (Wirksamkeit 59,0% bei Kindern ab 2 J.). In einer Beobachtungsstudie mit 4707 Kindern in Deutschland und Finnland zwischen 6 und 72 Monaten wurde während zweier Grippe-saisons die herkömmliche TIV mit einer TIV, die das Adjuvans MF59, eine Öl-in-Wasser-emulsion, die auch die Flud®-Vakzine enthält, verglichen. Eine Gruppe mit Nichtvakzine-Impfung diente als Kontrolle. Die Erkrankungsraten an influenzaähnlichen Krankheiten betragen 0,7 Prozent in der adjuvierten TIV-Gruppe, 2,8 Prozent in der TIV- und 4,7 Prozent in der Kontrollvakzinegruppe. Dies entspricht absoluten Wirksamkeitsraten von 86 Prozent mit Adjuvans und

43 Prozent ohne den Wirkungsverstärker. Im Vergleich zu Älteren waren bei Kindern unter 36 Monaten die Wirksamkeitsraten sowohl für die adjuvierte TIV (79 vs. 92%) als auch für die nicht adjuvierte TIV (40 vs. 45%) tiefer. Die Antikörpertiter waren mit dem adjuvierten Impfstoff höher und blieben bis Tag 181 höher. Die systemischen lokalen Impfreaktionen waren in der jüngeren Altersgruppe ähnlich, bei älteren Kindern kam es mit der adjuvierten TIV häufiger (63%) zu systemischen Impfreaktionen als mit der herkömmlichen TIV (44%) oder der Kontrollvakzine (50%). Die von Novartis finanzierte Studie konnte somit belegen, dass die MF59-adjuvierte Influenzavakzine auch bei Kleinkindern und Kindern wirksam ist. In dieser Altersgruppe ist Flud® in der Schweiz jedoch bis jetzt nicht zugelassen. **HB**❖

Timo Vesikari et al. NEJM 2011; 365: 1406-1416.